

VISTO, el expediente N° .....iniciado por la Dirección General de Prestaciones, caratulado: "E/ PROYECTO MODIFICATORIO DE LA RESOLUCION N° 415/01 CORRESPONDIENTE A LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL DEL I.O.M.A., según detalle, y

**CONSIDERANDO:**

Que desde su puesta en vigencia los costos en salud han sido objeto de numerosas variables económicas que en la actualidad hacen inviable la continuidad del sistema sino se realizan los ajustes correspondientes,

Que a la fecha no existen convenios especiales en el marco del Programa de Atención Domiciliaria Integral del IOMA, por lo que la prestación continúa bajo el modelo de Trámite de Excepción, no permitiendo que los recursos lleguen al afiliado oportunamente, siendo necesario disminuir los tiempos de respuesta y normatizar este tipo de prestaciones que por su habitualidad han dejado de ser una situación de excepción.

Que ante lo expuesto, la agilización de la resolución de los mismos encuentra sustento en lo normado mediante resolución 1252/05.

Que de los datos estadísticos recabados, surge la necesidad de rediseñar criterios de ingreso/egreso de los afiliados que hacen uso del sistema así como de establecer topes prestacionales a fin de no incurrir en el asistencialismo social, subprestación ni sobrefacturación,

Que en la actualidad existen criterios preestablecidos de admisión de pacientes agudos, subagudos y crónicos a los distintos niveles de atención así como también módulos específicos de incorporación al programa de oxigenoterapia, soporte nutricional, enfermería y rehabilitación clínica,

Que la Internación Domiciliaria constituye en la actualidad una alternativa para el cuidado de la salud de patologías complejas,

Que mejora notablemente la calidad de vida de los pacientes, al completar su rehabilitación en el medio familiar,

Que la Atención Domiciliaria permite brindar a nuestros afiliados una asistencia personalizada con alto grado de participación familiar, minimizando los riesgos de infecciones intra hospitalarias y otras iatrogenias propias de las internaciones convencionales,

Que existen diversas patologías pasibles de ser tratadas en forma domiciliaria,

Que la actividad está regulada por Decreto N° 704/2000 del Ministerio de Salud de la Nación,

Que existen empresas dedicadas al servicio de atención integral de internación domiciliaria,

Que la alternativa mencionada reduce considerablemente los costos de atención contribuyendo a incrementar la eficiencia del gasto de la obra social,

Que de acuerdo a lo establecido en los Art. 7 Inc. G) y 22 Inc. F), de la Ley del I.O.M.A. 6982 (T.O. 1987), el Honorable Directorio está facultado para determinar las prestaciones y sus modalidades,

Que el Honorable Directorio en su reunión de fecha ..... según consta en Acta N°..... ha resuelto el dictado de la presente.

Por ello:

EL HONORABLE DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES,

### **RESUELVE**

**ARTICULO 1º:** Reordenar el Programa de Internación Domiciliaria del I.O.M.A., en virtud de los considerandos que anteceden, y aprobar su entrada en vigencia a partir del 01 de septiembre de 2007.

**ARTICULO 2º:** Aprobar el listado de patologías pasibles de internación domiciliaria como así también los alcances de la misma y sus exclusiones, valorización de aparatología, insumos especiales y traslados, consignado en el ANEXO I que forma parte integrante de la presente.

**ARTICULO 3º:** Aprobar los requisitos que deben cumplimentar los prestadores para adherirse al sistema de Internación Domiciliaria, consignados en el Anexo II y que forma parte integrante de la presente.

**ARTICULO 4º:** Aprobar la revalorización del recurso humano profesional y de las prácticas consignados en el ANEXO III y que forma parte integrante de la presente, como así también aprobar los topes prestacionales allí consignados.

**ARTICULO 5º:** Aprobar las normativas contenidas en el ANEXO IV y que forma parte integrante de la presente.

**ARTICULO 6º:** Aprobar los modelos de planilla consignados en el ANEXO V y que forma parte integrante de la presente.

**ARTICULO 7º:** Derogar la resolución 0415/01 a partir de la entrada en vigencia de la presente.

**ARTICULO 8º:** Delegar en el Director de la Dirección de Programas Específicos la facultad de autorizar o denegar en forma fundada las prestaciones reconocidas, conformes los considerandos y artículos de la presente, de acuerdo a lo normado por Resolución N° 1252/05.

**ARTICULO 9º:** Regístrese. Notifíquese a las Entidades que correspondan. Comuníquese a la Dirección General de Regionalización, por su intermedio a las Direcciones Regionales y Delegaciones del I.O.M.A., Dirección de Programas Específicos, Comisión de Prestaciones del Directorio y Mesa General de Entradas, Salida y Archivo Tomen conocimiento las Direcciones Generales y demás Direcciones del Instituto que tuvieren ingerencia en la presente. Cumplido. Archívese.

**RESOLUCION N°**

## ANEXO I

### DEFINICIÓN:

Se define servicio de internación domiciliaria al conjunto de acciones organizadas para la atención de patologías complejas por un conjunto de profesionales de la salud, técnicos y administrativos, bajo protocolos definidos de prestación, y registros unificados de asistencia, administrados en el domicilio del paciente.

Se diferencia de lo que es la consulta ambulatoria domiciliaria en que asiste a procesos agudos, subagudos o crónicos bajo una secuencia de acciones integradas, permanencia diaria del sistema en el domicilio y recursos técnicos de diferente complejidad asociando acciones de un conjunto de personas.

Por ello la **INTERNACIÓN DOMICILIARIA** está dirigida a aquellos que han sufrido una patología aguda, y requieran de una lenta rehabilitación, o bien aquellos que presentan una patología terminal o crónica inestable y requieran atención frecuente en su domicilio.

La Internación Domiciliaria es aceptada como alternativa válida, eficiente y confiable en aquellos casos que no requieran estrictamente una internación sanatorial pero que tampoco en ellos es adecuada una atención ambulatoria.

Es una respuesta concreta a las necesidades de atención de la salud, una alternativa de visión integral ligada al entorno, a los afectos.

En ella se combinan la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad resguardando la autonomía y la calidad de vida.

Por medio de la Internación Domiciliaria se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, por un equipo multiprofesional cuya misión es promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes según su diagnóstico y evolución, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humanas.

### OBJETIVOS:

- Brindar asistencia domiciliaria interactuando con los establecimientos asistenciales mediante mecanismos de transferencia y contra transferencia. Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno socio-familiar.
- Evitar la institucionalización del paciente.
- Acompañar y asistir al paciente según su diagnóstico y evolución.
- Facilitar la participación activa de la familia mediante su adecuada capacitación.
- Disminuir el promedio de días de internación aumentando la disponibilidad de camas para patologías complejas.
- Disminuir las posibilidades de infección intrahospitalaria

## *PATOLOGÍAS PASIBLES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:*

- Pacientes con insuficiencia respiratoria grave de causa neurológica central, espinal y/o muscular que requieran asistencia respiratoria mecánica sin potencial de recuperación de la función.
- Pacientes con secuelas graves de enfermedades congénitas que requieran control y mantenimiento de funciones vitales, con y sin asistencia respiratoria mecánica.
- Enfermedades de la Médula Espinal, que por la complejidad de sus secuelas requieran cuidados y asistencia médica y de enfermería intensivas en domicilio.
- Enfermedades de los Músculos, que generen una discapacidad grave.
- Pacientes con heridas abiertas hasta lograr la recuperación total de los tejidos.
- Pacientes con patologías en períodos subagudos o crónicos que por su complejidad y riesgo de vida requieren de una Prestación Domiciliaria de alta complejidad.
- Secuelas graves de parálisis cerebral.
- Enfermedades oncológicas en estadios terminales.
- H.I.V. en estadios terminales
- Procesos infecciosos que requieren terapéutica antibiótica por vía EV prolongada (endocarditis infecciosa, meningitis, osteomielitis).

## **INSUMOS INCLUIDOS EN LA PRESTACIÓN BRINDADA**

- Agujas.
- Jeringas.
- Guantes descartables estériles, manoplas.
- Gasas, algodón y apósitos.
- Tela Adhesiva.
- Sonda nasogástrica.
- Sonda vesical (Tipo Foley).
- Sondas de aspiración.
- Alcohol.
- Pervinox, Clorhexidina, Iodopovidona.
- Materiales varios para curación de heridas.
- Guías de Sueros. Llave de tres vías
- Agua destilada.
- Solución fisiológica.
- Vendas.
- Duoderm-Tegaderm
- Abocath
- Bajalenguas.

#### APARATOLOGÍA INCLUIDA:

- Nebulizadores de cualquier tipo.
- Aspiradores de cualquier tipo.
- Electrocardiógrafo. Pie de sueros.
- Tensiómetros.
- Estetoscopios.
- Caja de paro.
- Termómetros.
- Ambú.
- Aparatología de uso personal, por parte de cada uno de los integrantes de equipo terapéutico.

#### EXCLUSIONES:

- Pacientes con secuelas permanentes de enfermedades crónicas que NO requieran por la complejidad de su atención de personal de enfermería y atención médica programada así como de la aparatología para el correcto control y seguimiento de la enfermedad de base.
- Pacientes geriátricos con enfermedades sistémicas crónicas..
- Acompañante terapéutico (paciente que sólo se benefician de los cuidados continuos por ausencias de los familiares en su domicilio).
- Medicamentos, productos nutricionales y el material ortopédico provisto por este I.O.M.A según la modalidad y normativa vigente (Ej.: Medicamentos, Accesorios, bolsas colectoras, pañales descartables, Insumos para diabéticos, etc.; Silla de ruedas, camas ortopédicas con barandas, colchón antiescaras, trapecios para cama ortopédica, andadores, bipedestadores, elevador de inodoro, de uso permanente).
- Alimentación enteral con bomba en pacientes que no tengan patologías malabsortivas o con yeyunostomías.
- Prótesis y ortesis.
- Pacientes que concurren a Instituciones o Establecimientos en los que realicen tratamiento ambulatorio de cualquier tipo.
- Queda excluida la aparatología e insumos que se describe a continuación, valorizados en concepto de alquiler mensual o valor por unidad. (La aparatología incluye su mantenimiento, insumos, soporte técnico y repuestos).
- Se solicitará un seguro a cargo de la empresa para caso de roturas accidentales.

DESCRIPCION	VALOR
RESPIRADOR (equipo, circuito, mascara, filtros bacterianos)	\$ 3.000,00
Tubo oxigeno 6 m3 Alquiler c/manometro y tubuladuras	\$ 38,00
Carga de tubos 6 m3	\$ 85,00
Oxigeno líquido, reservorio, mochila	\$ 1.800,00
Equipo concentrador de O2 + tubo de back-up	\$ 495,00
Mochila de transporte, 2 cargas semanales	\$ 450,00
C-PAP nasal	\$ 350,00
B-PAP <b>con</b> frecuencia de back-up	\$ 1.200,00
B-PAP <b>sin</b> frecuencia de back-up	\$ 630,00
Oxímetro de pulso con sensor dedo <b>con</b> alarma	\$ 350,00
Oxímetro de pulso con sensor dedo <b>sin</b> alarma	\$ 240,00
Monitor de apneas	\$ 350,00
Nebulizador - aspirador de frascos 3/4 HP	\$ 70,00
Aspirador manual ResQVac	\$ 70,00
Colchon de aire con motor	\$ 80,00
Cama ortopédica	\$ 80,00
Bombas de nutrición enteral, incluye 15/30 sets mensuales	\$ 1.200,00

Valorización sujeta a modificaciones de la Resoluciones vigentes N° 939/06 – 1085/07 (oxigenoterapia).

#### **Materiales descartables especiales:**

- Cánulas de traqueostomía..... \$ 107,00
- Filtros para traqueostomía..... \$ 50,00
- Sondas Foley siliconadas..... \$ 22,00
- Bolsas para alimentación enteral..... \$ 35,00

#### **Traslados**

En ambulancia común para traslados urbanos \$ 61,00.

Ambulancia común más de 30 km y hasta 50 km \$ 86,00.

Comun interurbano cuando supera los 50 km \$ 2,10 por km recorrido.

Ambulancia con médico hasta 30 km \$ 106,00.

Con médico, más de 30km y hasta 50 km \$ 130,00.

Larga distancia con medico (cuando supera los 50 km) \$ 3,30 por km recorrido.

Ambulancia UTI hasta 30 km \$ 157,00.

UTI hasta 50 km \$ 193,00.

UTI larga distancia (supera los 50 km) \$ 4,50 por km recorrido.

(Valorización sujeta a modificaciones de la resolución 455/07)

## ANEXO II

### PRESTADORES DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

#### **REQUERIMIENTOS PARA LA ADHESIÓN AL SISTEMA**

Los prestadores de atención domiciliaria pueden ser servicios dependientes de establecimientos de salud privados de II Nivel ó Servicios Privados creados a tal fin.

Deben brindar en el domicilio del paciente cuidados integrales de salud mediante un conjunto de profesionales, quienes a partir del médico de cabecera establecerán acciones terapéuticas y cuidados de enfermería que el enfermo requiera.

Su objetivo fundamental debe ser el de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del paciente en Internación Domiciliaria, potenciando su autonomía y mejorando su calidad de vida y la de su familia.

Se considera indispensable para la acreditación como Prestador de Atención Domiciliaria de IOMA, reunir los siguientes criterios:

El servicio de atención deberá ser provisto por empresas dedicadas a tal fin, que cuenten con los recursos necesarios para dar respuestas a las necesidades de los pacientes beneficiarios de este IOMA, quienes deberán brindar consentimiento escrito para esta modalidad de atención, contar con condiciones habitacionales adecuadas y conducta sanitaria familiar. La familia debe poseer capacidad de contención y resolución frente a situaciones de desestabilización, capacidad de interacción y cooperación con el quipo de salud.

- Los servicios básicos que deberán acreditar son:

**Sistema de atención sanitaria.** Equipo de profesionales médicos acreditados en clínica médica, cirugía, especialidades acordes a cada patología asistida, enfermeras, técnicos, auxiliares y administrativos.

**Sistema de atención auxiliar.** Equipo de laboratorio y radiología domiciliarios.

**Sistemas de comunicaciones.** Para garantizar la accesibilidad y la atención permanente de todos los posibles problemas se deberá presentar un sistema de comunicaciones del equipo de salud y del sistema operativo con la casa del beneficiario.

**Sistema de registros.** Dada la característica del modelo se exige un protocolo mínimo de registros médicos, de enfermería, y otros para proceder a garantizar en todo momento la calidad de la atención, la auditoría y la mejora de los procedimientos. Ficha personal por cada paciente.

**Protocolos asistenciales.** Los diferentes prestadores presentarán a la obra social los protocolos de asistencia para cada caso, donde se comprometen al desarrollo de determinadas acciones y al control de las mismas. Serán estos elementos básicos imprescindibles para la autorización de la internación.

**Sistema de traslados.** Todas las empresas deberán contar con un sistema contratado o propio de traslado de pacientes que podrá ser verificado por este IOMA y deberá contar con todas las características sanitarias de calidad en la materia exigidas por autoridad competente. El traslado de pacientes bajo la modalidad de Internación Domiciliaria será exclusiva responsabilidad de la Empresa a cargo de la misma, pudiendo facturar a el costo que este servicio ocasione a los valores estipulados por la Obra Social en situaciones similares en aquellos casos en los cuales el traslado esté indicado por profesionales de la Empresa a cargo de la internación, como así también en todos los casos en los que se requiera atención en el II Nivel, a excepción de la Emergentología que deberá ser brindada por un servicio de Emergencias Domiciliarias contratado por el afiliado a tal fin.

**Centro de referencia.** En todos los casos cada empresa deberá estar referenciada con el modelo de atención de internación de II Nivel y contar con clínicas acreditadas de derivación de pacientes.

## **1.- REQUERIMIENTOS LEGALES**

Cumplimiento de las normas legales vigentes impartidas por autoridad competente, a saber:

- En Capital Federal, inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Inscripción y Habilitación por la autoridad sanitaria correspondiente a su jurisdicción. ( Ministerio de Salud, Dirección de Fiscalización Sanitaria).
- Personería jurídica.
- Estatuto Social.
- Registro en DGI y DGR.
- Normas impositivas correspondientes.
- Área geográfica de prestación de servicios.

## **2.- RECURSOS FÍSICOS**

Se deberá contar con un espacio físico adecuado para el funcionamiento de las tareas del personal administrativo, acorde al número de los mismos, recepción de personas y depósitos de materiales y aparatología utilizados por el Servicio.

Deberá contar con espacio suficiente para archivo de documentación y servicios sanitarios disponibles para uso de personal y uso público.

### **3.- EQUIPAMIENTO**

#### **3-1 Equipamiento Administrativo**

##### 3-1-1 Registro Estadístico

Debe contar con un sistema de información que permite el registro de toda documentación indispensable para su funcionamiento.

La Información relevante que se debe registrar es:

- Registro de pacientes.
- Registro de patologías.
- Requerimientos de atención.
- Indicadores de utilización del servicio.
- Estadística de interurrencias y/o complicaciones.
- Requerimientos de II Nivel de atención.
- Registro de profesionales actuantes.

##### 3-1-2 Historia Clínica

Se deberá confeccionar Historia Clínica única, donde conste el ingreso del paciente al sistema, con una detallada descripción y examen físico del mismo y evoluciones de cada uno de los profesionales médicos y paramédicos intervinientes dejando constancia de cada una de las actuaciones realizadas.

Deberán estar a disposición del IOMA en todo momento y presentarse como parte de la documentación respaldatoria en la etapa de facturación de las prestaciones.

#### **3-2 Equipamiento en comunicaciones**

Deberán contar con equipos fijos y móviles de comunicaciones, fax y/o correo electrónico, que permita la comunicación en tiempo y forma con los pacientes y sus familiares y con esta Obra Social, debiendo comunicar los cambios realizados al respecto.

#### **3-3 Equipamiento Médico**

Deberán contar con instrumental médico específico, necesario para la realización de las prestaciones ofrecidas.

Deberán contar con la posibilidad de ofrecer aparatología y equipos móviles específicos para la asistencia transitoria o permanente de los pacientes en su domicilio.

### **3-4 Equipamiento Hospitalario**

#### **3-4-1 Equipamiento Hospitalario a domicilio**

Deberá contar con disponibilidad en tiempo y forma para la provisión de los siguientes elementos:

- Camas ortopédicas
- Colchones antiescaras
- Aspiradores-Nebulizadores
- Respiradores
- Concentradores de Oxígeno
- Tubos de Oxígeno
- Oxímetros de pulso
- Bombas de Alimentación
- Pies de sueros
- Andadores
- Y todo otro insumo requerido de acuerdo a la demanda particular de cada paciente.

#### **3-4-2 Materiales Descartables**

- Sondas.
- Guantes.
- Guías de sueros.
- Gasas.
- Apósitos.
- Agujas y Jeringas.
- Soluciones fisiológicas.
- Etc.

## **4.-RECURSO HUMANO**

### **4-1 Enfermería**

Deberá contar con personal profesional calificado para la atención y prestación de servicio de enfermería.

Su función es la evaluación del paciente, el cumplimiento del tratamiento médico prescripto, los controles vitales, administración de la medicación prescripta, curación de heridas, registros en la Historia Clínica e información y contención del paciente y su familia.

#### **4-1-1 Coordinador de enfermería**

Su función está directamente relacionada con la coordinación asistencial y la asistencia de enfermería directa, cumpliendo con las Normas y Procedimientos de calidad de la prestación brindada cuya responsabilidad directa estará a cargo de la empresa.

Tendrá responsabilidad sobre los procedimientos administrativos y legales, volcados en la Historia Clínica.

Debe poseer título habilitante de enfermería profesional.

### **4-2 Profesionales Médicos**

Deberán contar con profesionales certificados por matriculación de los colegios privados de la Provincia de Buenos Aires o Ministerio de Salud de la Nación, con título habilitante. Para el caso de especialidades, deberán estar reconocidas y actualizadas por entidad acreditada para tal fin.

#### **4-2-1 Médicos Asistenciales**

En Internación Domiciliaria la función del médico clínico, pediatra o especialista es la admisión, evaluación, diagnóstico, tratamiento, control de la evaluación del paciente, información, contención del paciente y sus familiares y alta Médica.

Asumirá la responsabilidad médico legal inherente a la práctica médica y será el responsable, junto con la Coordinación y la dirección médica, de mantener actualizados los registros sobre lo actuado (Historia Clínica).

El equipo médico de salud deberá estar constituido por:

- Clínicos
- Pediatras
- Cirujanos
- Infectólogos
- Nutricionistas
- Neumonólogo
- Traumatólogo

- Cardiólogo
- Otros profesionales de distintas especialidades según demanda.

#### Servicios de apoyo

- Fonoaudiología
- Terapia Ocupacional
- Psicología
- Emergencia Médica (A cargo del Afiliado)
- Laboratorio
- Radiología Domiciliaria
- Asistencia Social
- Otros

#### **4-2-2 Médico Coordinador**

Tendrá la responsabilidad de conformar el equipo médico y paramédico multidisciplinario para llevar a cabo las acciones asistenciales necesarias, de manera coordinada, y asegurar que la prestación ofrecida cumpla con los indicadores de calidad contenidos en el Programa de Calidad de la Atención Médica y en lo expuesto en la presente resolución.

Tendrá a su cargo la organización, funcionamiento, coordinación y control de los profesionales intervinientes.

Controlará la aplicación de Normas y Procedimientos establecidos por el Servicio.

Reemplazará al Director Médico en su ausencia.

Tendrá comunicación fluida con los pacientes y sus familiares para así tener un control de las prestaciones brindadas y el grado de satisfacción por los servicios brindados.

#### **4-2-3 Dirección Médica**

Tendrá a su cargo la responsabilidad asistencial, administrativa y legal del servicio. Será responsable de:

- Implementar los mecanismos técnicos-administrativos necesarios para registrar todos los datos de movimientos dentro del Servicio.
- Llevar un registro de actividades con fines estadísticos, y de control de la gestión, tanto de la producción como de la calidad de la asistencial profesional.
- Elaborar Normas de Procedimientos y de organización y funcionamiento del servicio.
- Conducir y administrar los recursos físicos, el equipo y recursos humanos a su cargo.
- Supervisar las actividades y evaluar sus resultados.

- Determinar la dotación del personal de servicio en cuanto a cantidad y calidad del mismo.
- Evaluar el desempeño del personal a su cargo.
- Brindar toda información contenida en este anexo, como así también los indicadores de rendimientos y datos estadísticos a este IOMA, cuando éste lo considere necesario, para evaluación, auditoría y fiscalización de las prestaciones brindadas y la evaluación de los recursos disponibles.

## **5 INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS TÉCNICOS**

### **5-1 Sistema de Eliminación de residuos patogénicos**

Se deberá cumplir en un todo con la Ley de Residuos Patogénicos N° 11347 y su Decreto Reglamentario N° 450.

En los domicilios deberán tener un descartador de cortopunzantes y un recipiente de residuos patogénicos (rojo).

El prestador deberá presentar los comprobantes de recepción de residuos patogénicos por parte del centro de tratamiento que hubiere contratado o en su defecto el contrato correspondiente.

### **5-2 Sistema de esterilización**

Se deberá garantizar el uso de materiales asépticos en todos los casos debiendo contar si fuera necesario con un sistema de esterilización para el material que así lo requiera (estufa seca con termostato y timer autoclave), o en su defecto un contrato con una Empresa prestadora de dicho servicio.

### **5-3 Sistema de Traslados**

Se deberá contar con ambulancias (propias o de alquiler) de alta y baja complejidad para eventuales traslados. Será responsabilidad de la Empresa de internación domiciliaria aquellos traslados motivados por solicitud de sus profesionales, tanto para la realización de prácticas diagnósticas y/o terapéuticas ambulatorias, como así también en aquellos casos en los cuales sea necesaria la asistencia en el II Nivel, a excepción de la Emergentología.

### ANEXO III

#### VALORIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO PROFESIONAL

<b>Paciente alta complejidad</b>	<b>VALOR MENSUAL</b>	
Atención médica integral, incluye interconsultas a demanda	\$ 1.000,00	
<b>Paciente baja / mediana Complejidad</b>	<b>VALOR CONSULTA</b>	
Clinico, pediatra, Especialidades	\$ 36,00	
<b>Enfermería Profesional con insumos</b>	<b>VALOR DIA</b>	<b>VALOR MENSUAL</b>
Enfermería 1 hs.	\$ 20,00	\$ 600,00
Enfermería 2 hs.	\$ 29,00	\$ 870,00
Enfermería 4 hs.	\$ 48,00	\$ 1.440,00
Enfermería 6 hs.	\$ 72,00	\$ 2.160,00
Enfermería 8 hs.	\$ 80,00	\$ 2.400,00
Enfermería 12 hs.	\$ 102,00	\$ 3060,00
Enfermería 16 hs.	\$ 136,00	\$ 4.080,00
Enfermería 24 hs.	\$ 204,00	\$ 6.120,00

Los insumos incluidos en la prestación son los detallados en ANEXO I.

<b>PRACTICAS</b>	<b>VALOR MENSUAL</b>
Kinesiología respiratoria ( una visita diaria )	\$ 675,00
Kinesiología respiratoria ( dos visitas diarias )	\$ 1.350,00

<b>CONSULTAS</b>	<b>VALOR CONSULTA</b>
Rehabilitación motora	\$ 25,00
Fonoaudiología	\$ 25,00
Terapia ocupacional	\$ 25,00
Psicoterapia	\$ 25,00

### **TOPES PRESTACIONALES**

- Kinesioterapia neuromuscular: hasta 6 sesiones semanales por un período de 6 meses de iniciado el cuadro. Desde los 6 meses hasta los 12 meses, se autorizarán hasta 4 sesiones semanales. Pasado el primer año, el máximo autorizado será de 3 sesiones por semana.
- Fonoaudiología: se autorizará un máximo de 3 sesiones por semana.
- Terapia Ocupacional: se autorizarán hasta 2 sesiones por semana.
- Psicoterapia individual: cuando el cuadro psicopatológico del paciente lo justifique, debiéndose codificar la patología. Se autorizará una sesión por semana durante 6 meses y posteriormente cada 15 días hasta cumplir un año de tratamiento.

**ANEXO IV**  
**PROCEDIMIENTOS NORMATIVOS DE LAS INTERNACIONES**  
**DOMICILIARIAS**

1.- Los pacientes deberán acreditar su identificación como beneficiario del IOMA, con:

- Carnet de afiliado directo y familiar a cargo. ( Af. Obligatorio).
- Documento de Identidad del afiliado directo y familiar a cargo.
- Último recibo de haberes (Af. Obligatorio) y/o chequera de pago (Af. Voluntario).

2.- El profesional responsable de la solicitud de la Internación Domiciliaria deberá confeccionar la misma con la indicación de requerimiento de recurso humano, aparatología e insumos. Además deberá confeccionar una Historia Clínica completa informando motivo de internación, enfermedades concomitantes, tratamientos instituidos y resultados de los estudios complementarios, si los hubiera, los que podrán ser solicitados por el IOMA.

En forma conjunta con la Auditoría Médica del IOMA a nivel regional, se cumplimentará la Planilla de Solicitud de Prestación de Servicio de Internación Domiciliaria (ANEXO V), valorizada de acuerdo a lo contenido en ANEXO I y III.

3.- Previa evaluación de las condiciones de hábitat y grado de contención familiar, la Región correspondiente enviará la documentación a este IOMA central, Dirección de Programas Específicos, vía fax para su conformidad y su autorización, o por trámite centralizado, según las disponibilidades existentes.

4.- Se podrá aceptar un informe realizado en el domicilio donde se prestará el servicio, elaborado por Asistente Social del IOMA en forma conjunta con personal de la empresa que se hará cargo del mismo.

5.- Posteriormente a la recepción de la solicitud de prestación y el informe social, la Auditoría Médica se expedirá sobre la prestación requerida enviando la respuesta vía fax a la región correspondiente.

6.- El prestador presentará ante IOMA el plan terapéutico acorde al requerimiento de prestación vía fax con los datos que se consignan a continuación:

- Datos completos del afiliado.
- Planilla de aceptación de la prestación del servicio según lo contenido en el requerimiento.
- Aceptación escrita de los valores convenidos obrantes en la autorización de este IOMA.
- Fecha de inicio de la prestación.

7.- La Institución Prestadora remitirá quincenalmente a este IOMA el Resumen de Autorizaciones de Internación, conteniendo los siguientes datos:

- Nombre de Empresa Prestadora.
- Domicilio de Internación.
- Nombre y Número de Afiliado.
- Edad.
- Diagnóstico de ingreso.
- Código asignado.
- Fecha de ingreso al sistema.

El IOMA efectuará la evaluación global del sistema de manera continuada, desarrollando actividades de control y fiscalización de las internaciones domiciliarias en cuanto a la calidad de las mismas como así también la concordancia de los procedimientos, códigos asignados y estado al alta.

El IOMA podrá observar en todos los niveles de procedimientos técnicos las actuaciones de los prestadores, tanto en el nivel de empresa prestadora como en la actividad domiciliaria.

El IOMA se reserva el derecho de proceder a debitar los montos correspondientes a las actuaciones en los casos que las mismas presenten fallas graves, no se encuentren debidamente sustentadas o presenten incoherencias con los informes de los médicos auditores.

El IOMA se reserva, a través de su Auditoría en Terreno, la convalidación o no de lo autorizado, pudiendo solicitar:

- 1.- Fundamentar y justificar la solicitud de la internación domiciliaria.
- 2.- Rechazar, con los correspondientes fundamentos, la solicitud.

Este aspecto será sostenido en todos los casos que se consideren:

- Injustificados.
- Vinculados a una incompleta resolución de la patología en el II Nivel prestacional.

## **NORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE FACTURACIÓN**

### **Requisitos para la presentación de la documentación**

- A. Toda la documentación deberá encontrarse foliada correlativamente.
- B. Factura tipo B ó C, según corresponda, a nombre de I.O.M.A., por triplicado firmada y sellada por el prestador en original los tres (tres) formularios.
- El titular de la factura deberá ser la persona física o jurídica que sea prestador del IOMA

El valor del monto total se facturará discriminado en tres facturas según sean Afiliados Obligatorios, Afiliados Voluntarios Individuales, y Afiliados Voluntarios Colectivos:

- Afiliados Obligatorios: su N° de Carnet de IOMA comienza con un número.
- Afiliados Voluntarios Individuales: su N° de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.
- Afiliados Voluntarios Colectivos: su N° de Carnet comienza con la letra K a la Z

Contenido de la factura:

- Membrete preimpreso identificador del emisor.
- Domicilio.
- Número de CUIT.
- Factura a nombre, domicilio y datos contables de I.O.M.A
- Concepto general de la prestación brindada
- Cantidad de afiliados que se está facturando
- Período facturado.
- Monto total en números y letras.
- Código del establecimiento.
- Cantidad de folios.

C. Resumen mensual de internaciones por triplicado, firmado y sellado en original los tres resúmenes.

Contenido del resumen mensual de internaciones:

- Número de internaciones
- Nomina de los afiliados facturados en ese mes
- N° de beneficiario de IOMA
- Descripción de los módulos o prestación otorgados
- Importe parcial y total por afiliado.

D. Documentación individual:

1. **PLANILLA DE ASISTENCIA:** El resumen mensual y la factura B o C a nombre de IOMA deberá acompañarse de la PLANILLA DE ASISTENCIA de cada profesional actuante y la correspondiente conformidad del afiliado o familiar en original, en cada una de las sesiones brindadas.
2. **ACTA DE AUTORIZACIÓN ORIGINAL** emitida por el IOMA: Se presentará para el primer mes del período otorgado, y copias de la misma en los meses subsiguientes.
3. **En caso de traslados o internaciones,** se deberá dejar constancia del motivo de los mismos, y adjuntar copia de la planilla confeccionada por los efectores del traslado, donde constan datos del afiliado; motivo del mismo; medico, paramedico, chofer intervinientes; cantidad de km recorridos; firma y sello del personal e institución receptora del paciente. Asimismo: copia de Historia Clínica o Resumen de la misma, Evolucion diaria o Epicrisis, en aquellos casos que requirieron internación en instituciones asistenciales.

## HISTORIA CLÍNICA

La misma deberá contener todos los datos que justifiquen y describan lo actuado sobre el paciente por los profesionales médicos y paramédicos intervinientes, así como los registros de enfermería, actividades de kinesiología, etc. Por ello se deberá adjuntar:

- Historia clínica de ingreso completa, con resumen de antecedentes de la enfermedad que motivó la internación domiciliaria, exámen físico actualizado y objetivo de rehabilitación parcial o total.

- Evoluciones diarias por el profesional interviniente donde se describa el estado del paciente y sus interurrencias.
- Protocolos de exámenes complementarios realizados en el período facturado.
- Hojas de enfermería, donde consten las actividades desarrolladas, horarios, suministro de medicamentos, su vía de administración, dosis, etc.

#### Plazo de presentación

1. La facturación será recepcionada en este IOMA del **01 al 10** de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada.
2. Cada factura contendrá solo un mes determinado de cobertura; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al que se está facturando se incluirán en una factura aparte. El mes de cobertura citado se refiere a **MES CALENDARIO**, no a mes prestacional.

El plazo máximo de vencimiento de presentación de facturación será a los noventa días de efectuada la prestación.

Toda presentación que supere dicho lapso de tiempo, no podrá ser facturada, y será devuelta al prestador.

#### Misceláneas.

Cuando se facturen aparatología, descartables especiales, traslados u otros insumos no detallados expresamente en la presente resolución, deberá presentarse troquel, remito o comprobante en el que se registre su entrega y utilización en forma fehaciente, motivo de prescripción y uso del mismo.

Toda facturación, práctica, remito, comprobantes, o documentación que se adjunte deberá indefectiblemente acompañarse de la conformidad del afiliado o familiar responsable (consignando sus datos personales y relación filiatoria con el afiliado). quien deberá detallar el período facturado.





7

<b>PSICOTERAPIA..... Días / semana ..... Hs. / Día</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE TAREAS A DESARROLLAR Y TIEMPO ESTIMADO DE ACTIVIDADES.</b>

8

<b>REQUERIMIENTO DE INSUMOS EXCLUIDOS</b>	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>

9

<b>REQUERIMIENTO DE APARATOLOGÍA EXCLUIDA</b>		
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO DE USO</b>

10

<b>REQUERIMIENTO DE MATERIAL ORTOPÉDICO EXCLUIDO</b>		
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO DE USO</b>

-----

FIRMA Y SELLO  
PROFESIONAL RESPONSABLE

**PLANILLA PARA LA CONFECCION DEL PRESUPUESTO DE  
INTERNACION DOMICILIARIA**

**RECURSO HUMANO**

**Atención Médica**

Especialidad	Frecuencia semanal	Valor día	Valor mensual
Especialidad	Frecuencia semanal	Valor día	Valor mensual
Especialidad	Frecuencia semanal	Valor día	Valor mensual

***ENFERMERÍA***

Frecuencia Semanal	Hs. Diarias atención	Valor día	Valor mensual

***KINESIOLOGÍA***

Frecuencia Semanal	Hs. Diarias atención	Valor día	Valor mensual

***FONOAUDIOLOGÍA***

Frecuencia	Hs. Diarias atención	Valor día	Valor mensual

**TERAPIA OCUPACIONAL**

Frecuencia Semanal	Hs. Diarias atención	Valor día	Valor mensual

**PSICOTERAPIA**

Frecuencia Semanal	Hs. Diarias atención	Valor día	Valor mensual

**INSUMOS EXCLUIDOS**


**APARATOLOGÍA**

DESCRIPCION	TIEMPO ESTIMADO DE USO	VALOR ALQUILER	VALOR COMPRA

**Material ortopédico excluido**

DESCRIPCION	TIEMPO ESTIMADO DE USO	VALOR ALQUILER	VALOR COMPRA

VALOR TOTAL PRESTACIÓN POR 30 DÍAS: \$ \_\_\_\_\_

<b>AUTORIZADO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-------------------	-----------	-----------

**OBSERVACIONES:**

.....  
 .....  
 .....